

Wałbrzych dnia .....

**O F E R T A**  
dla  
**Specjalistycznego Szpitala**  
**im. dra Alfreda Sokolowskiego w Wałbrzychu**

Nawiązując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom objętym opieką w oddziałach stacjonarnych i dziennych oraz poradniach szpitalnych, polegających na realizacji usług psychologicznych, psychoterapeutycznych oraz z zakresu terapii, w ramach umowy cywilnoprawnej (kontrakt), składam ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Zawód .....

Nr prawa wykonywania zawodu .....

Specjalizacja w zakresie .....

Numer dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty .....

Numer wpisu do rejestru prowadzonego przez samorząd (dot. Psychologów klinicznych)

NIP ..... REGON .....

Nr telefonu ..... adres e-mail .....

Adres zamieszkania .....

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) .....

Zarejestrowany adres prowadzonej działalności .....

Przedmiotem niniejszej oferty jest:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez\*:

- a) Psychologa;
- b) Psychoterapeutę;
- c) Terapeutę (zajęciowego, środowiskowego, uzależnień)

2. Miejsce udzielania świadczeń\*:

- a) Oddział Psychiatryczny/OLAZA/ Oddział Psychiatryczny - CZP;
- b) Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Dorosłych,
- c) Oddział Dzienny Rehabilitacyjny Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży;
- d) Poradnia Zdrowia Psychicznego;
- e) Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci;
- f) Poradnia Terapii i Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży;
- g) Poradnia Psychologiczna dla Dzieci/Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży.,
- h) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej,
- i) Oddział Nefrologiczny – Stacja Dializ.
- j) Leczenie środowiskowe domowe

\*należy podkreślić właściwy wybór (jeden lub więcej)

3. Proponuje liczbę godzin świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od poniedziałku do piątku wg poniższego harmonogramu:

Lp.	Godziny pracy (od – do)	Suma godzin	Oddział/ Poradnia	Dni tygodnia

4. Deklaruję minimalną liczbę godzin miesięcznie.....
5. Proponuje wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą ofertą w wysokości ..... złotych brutto,  
(słownie: ..... złotych).

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, SWKO oraz projektem umowy wraz z załącznikami i nie zgłasza zastrzeżeń i zobowiązuje się do podpisania umowy o treści jak w załączniku nr 2 do SWKO.
2. udzielać będzie osobiście świadczeń zdrowotnych objętych konkursem w Specjalistycznym Szpitalu im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu przy użyciu sprzętu oraz innych pomocy dydaktycznych należących do Udzielającego Zamówienia;
3. Zamawiającemu będzie przysługiwało prawo zwiększenia ilości godzin świadczenia usług przez Oferenta o maksymalnie 10% liczby godzin wskazanej w ofercie, a Oferent będzie związany decyzją Zamawiającego w tym zakresie;
4. jeżeli po stronie Zamawiającego zaistnieje konieczność zwiększenia liczby godzin, ponad ilość, o której mowa w pkt. 3 powyżej, Zamawiający oraz Oferent dokonają odpowiednich uzgodnień w tym przedmiocie;
5. posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości ..... (potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia dokumentu stanowi załącznik do oferty);
6. zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami złożonymi wraz z ofertą;
7. prowadzona praktyka zawodowa nie jest w stanie upadłości;
8. jest/nie jest płatnikiem podatku VAT\*(niepotrzebne skreślić);
9. akceptuje warunki płatności;
10. utrzyma cenę ofertową przez okres obowiązywania umowy;
11. zapoznał się ze standardami ISO 9001:2015 dotyczącymi przedmiotu konkursu ofert i zobowiązuje się do realizowania umowy z zachowaniem tych standardów;

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. Aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej CEIDG.
2. Poświadczona za zgodność z oryginałem kopia wpisu do rejestru prowadzonego przez samorząd zawodowy (dotyczy psychologa klinicznego).
3. Potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów dotyczących wykonywania zawodu tj.:
  - 1) dyplom ukończenia studiów;
  - 2) prawo wykonywania zawodu (wszystkie zapisane strony dot. Psychologa klinicznego);
  - 3) dyplom uzyskania tytułu specjalisty;
  - 4) certyfikaty i uprawnienia związane z zakresem świadczeń zdrowotnych;
  - 5) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe.
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
5. Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia polisy OC oraz oświadczenie o kontynuacji ubezpieczenia na czas trwania umowy.
6. **Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego, obowiązek wynikający z art. 21 ust. 3**

.....  
(pieczętka i podpis Oferenta)